

THESIS

MUNICH

1967

DIE TUBERKULOSE BEI GASTARBEITERN

BERND L HINKMANN



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153305_0112

AUS DEM ZENTRALE K R A N K E N H A U S G A U T I N G D E R
L A N D E S V E R S I C H E R U N G S A N S T A L T O B E R B A Y E R N
Chefarzt: Medizinaldirektor Priv. Doz. Dr. med. H. BLAHA

D I E T U B E R K U L O S E B E I G A S T A R B E I T E R N

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Bernd H i n k m a n n
aus Fröndenberg

München 1967

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Medizinaldirektor Priv. Doz. Dr. med. H. BLAHA

Mitberichterstatter: Professor Dr. Dr. G. BODECHTEL

Dekan: Professor Dr. F. HOLLE

Tag der mündlichen Prüfung: 19. Dezember 1967

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
A. Einleitung	5
1. Die westeuropäische Wanderbewegung der Arbeitnehmer in den letzten Jahren	
2. Der Anstieg der ausländischen Arbeitnehmer in der Bundesrepublik Deutschland	
B. Material und Methode	8
I. Vergleich zwischen der ansteigenden Zahl der Gastarbeiter und der ansteigenden Zahl der Gastarbeiterpatienten	8
II. Das Krankengut an Gastarbeiterpatienten im Zentralkrankenhaus Gauting	11
1. Auswertung der abgeschlossenen Heilverfahren	11
2. Auswertung der noch in stationärer Behandlung befindlichen Gastarbeiter	13
III. Ergebnisse	15
1. Gesamtübersicht aller im Zentralkrankenhaus Gauting behandelten Gastarbeiter	15
2. Altersverteilung	15
3. Einreisemodus	16
a) im Hinblick auf die Entschließung des BStMdl vom 17. 10. 1962 Nr. I A 2 - 2084/4-33	
b) im Hinblick auf die Richtlinie des Rates der EWG vom 25. 2. 1964 (64/221/EWG)	
4. Intervall Einreise - Erfassung	21
5. Art der Erfassung	23
6. Befund bei der Aufnahme in die Klinik	24
7. Erfolge der Heilverfahren	25
8. Therapie	26
9. Behandlungszeit und disziplinarisches Verhalten	26
10. Vergleich der Patientengruppen untereinander	27
C. Diskussion	29
D. Zusammenfassung	35
E. Literaturverzeichnis	38

EINLEITUNG

Von 1960 bis 1966 stieg die Zahl der ausländischen Arbeitnehmer in der Bundesrepublik Deutschland bis zu einem Höchststand von 1,3 Millionen an. Diese neuartige Wanderbewegung bestimmter Bevölkerungsgruppen, die aus Mangel an Arbeitsplätzen im eigenen Land für ein paar Jahre Arbeit und hohen Verdienst im Ausland suchen, bringt für die ausländischen Arbeitnehmer, meistens kurz Gastarbeiter genannt, wie auch für die Einzugs- oder Gastländer besondere Probleme mit sich. Vom seuchenhygienischen Standpunkt aus gebührt dabei der Tuberkulose besonderes Interesse. Da seit 1961 ein beachtliches Patientengut an Gastarbeitern im Zentralkrankenhaus Gauting der Landesversicherungsanstalt Oberbayern zusammengekommen ist, das zur Erarbeitung einiger Gesichtspunkte dieses Problems ausreichend erscheint, sei dieser Beitrag zum Thema "Tuberkulose bei Gastarbeitern" gegeben.

Zur Zeit sind in Westeuropa über zwei Millionen Arbeitnehmer außerhalb ihres Heimatlandes beschäftigt. Frankreich, die Schweiz und die Bundesrepublik sind die bevorzugten Einzugsländer; Italien, Griechenland, Spanien, Jugoslawien und die Türkei die wesentlichen Herkunftsländer. Doublet, Präsident des Nationalen Zuwanderungsamtes, nannte anlässlich des "Internationalen Kolloquiums über sozialmedizinische Probleme der Wanderarbeiter" am 27. April 1964 in Bad Nauheim folgende Zahlen:

Frankreich	1961	79 000
	1962	113 000
Schweiz	1960	360 000
	1962	750 000

Für die Bundesrepublik Deutschland veranschaulicht TABELLE I, entnommen dem Erfahrungsbericht 1965 über "Beschäftigung, Anwerbung, Vermittlung ausländischer Arbeitnehmer" der Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung in Nürnberg, den sprunghaften Anstieg der Zahl ausländischer Arbeitnehmer.

TABELLE I

Jahr	Anzahl der ausländischen Arbeitnehmer
1956	98 000
1959	116 000
1960	329 356
1961	548 916
1962	711 459
1963	828 743
1964	985 616
1965	1 216 804

Danach betrug am 30. September 1965 der Anteil der ausländischen Arbeitnehmer an den insgesamt beschäftigten unselbständigen Erwerbspersonen 5,4%. Die wesentlichen Herkunftsländer sind wie folgt an der Gesamtzahl von 1 216 804 ausländischer Arbeitnehmer beteiligt:

TABELLE II

Herkunftsland	Anzahl
Italien	372 297
Griechenland	187 160
Spanien	182 754
Türkei	132 777
Jugoslawien	64 060
(Stand v. 30. 6. 65)	
Übrige	341 816

Das ständige Anwachsen der Anzahl ausländischer Arbeitnehmer ergibt sich aus der Diskrepanz zwischen wirtschaftlichem Wachstum und der dazu notwendigen Arbeitskraftreserve, die in der Bundesrepublik bisher entsprechend der Nachfrage nicht zur Verfügung stand. Nach Schätzungen des Statistischen

Bundesamtes wird die Zahl der Erwerbstätigen in der BRD bis 1970 um 400 000 auf rund 26,4 Millionen zurückgehen jährlich also um 80 000. Angesichts der augenblicklichen wirtschaftlichen Rezession und der Umstrukturierung in einigen tragenden Wirtschaftszweigen wird der Zustrom weiterer Gastarbeiter zunächst gebremst werden. Beide Prozesse setzen aber in absehbarer Zeit nicht soviel einheimische Arbeitskräfte frei, um die Zahl der ausländischen Arbeitnehmer beachtlich zu senken. Gastarbeiter bilden daher weiterhin eine wesentliche Voraussetzung, die Wachstumsrate unserer Wirtschaft zu gewährleisten und den weiterhin bestehenden Verlust an einheimischen Arbeitskräften wettzumachen. Demnach ist das Problem der Gastarbeiter keine vorübergehende Erscheinung und erfordert somit nicht nur politisch-volkswirtschaftliche, sondern in steigendem Maße auch medizinische Beachtung.

Über besonders umfassende Erfahrungen mit Ausländertuberkulose verfügt die Schweiz. Einer Bevölkerung von 5,6 Millionen stehen 0,8 Millionen Ausländer gegenüber, ein Verhältnis also von 7 : 1. In der BRD liegt dieses Verhältnis erst bei 45 : 1. Besonders mit diesem Problem befaßten sich in der Schweiz A. Ott, J. Steiger, P. Lauener, F. Kaufmann, E. Häfeli und V. Haegi.

In der BRD liegt einschlägige Literatur zu diesem Thema hauptsächlich aus der Sicht des Gesundheitsamtes vor. Besonders eingehend nahmen sich G. Neumann, J.F. Scholz, B. Wörlein, I. Szagunn, E. Koßmann, K. Breu, J. Hein, H. Seidel u. a. dieser Probleme an.

MATERIAL UND METHODE

I. Vergleich zwischen der ansteigenden Zahl der Gastarbeiter und der ansteigenden Zahl der Gastarbeiterpatienten

Eigene Untersuchungen an 182 tuberkulösen Gastarbeitern des Zentralkrankenhauses Gauting sollen im folgenden wiedergegeben werden. Alle stationär behandelten Gastarbeiter waren im Landesarbeitsamtbezirk Südbayern beschäftigt, in dem am 30. Juni 1965 insgesamt 116 214 ausländische Arbeitnehmer registriert waren. TABELLE III zeigt deren Aufgliederung auf die verschiedenen Herkunftsländer.

TABELLE III

Herkunftsland	Anzahl
Italien	34 803
Griechenland	19 722
Spanien	6 729
Türkei	13 506
Jugoslawien	6 209
Österreich	25 001
Übrige	35 245

Auffallend hoch ist die Beteiligung der Österreicher mit 25 001, die aber mit 3 Patienten kein zur Bearbeitung ausreichendes Kontingent im Krankenhaus abgaben.

In den letzten Jahren fiel im Zentralkrankenhaus Gauting die steigende Zahl der Gastarbeiterpatienten auf. Die Zahl der Neuaufnahmen in den Jahren von 1959 bis zum 1. Mai 1966 stieg folgendermaßen an:

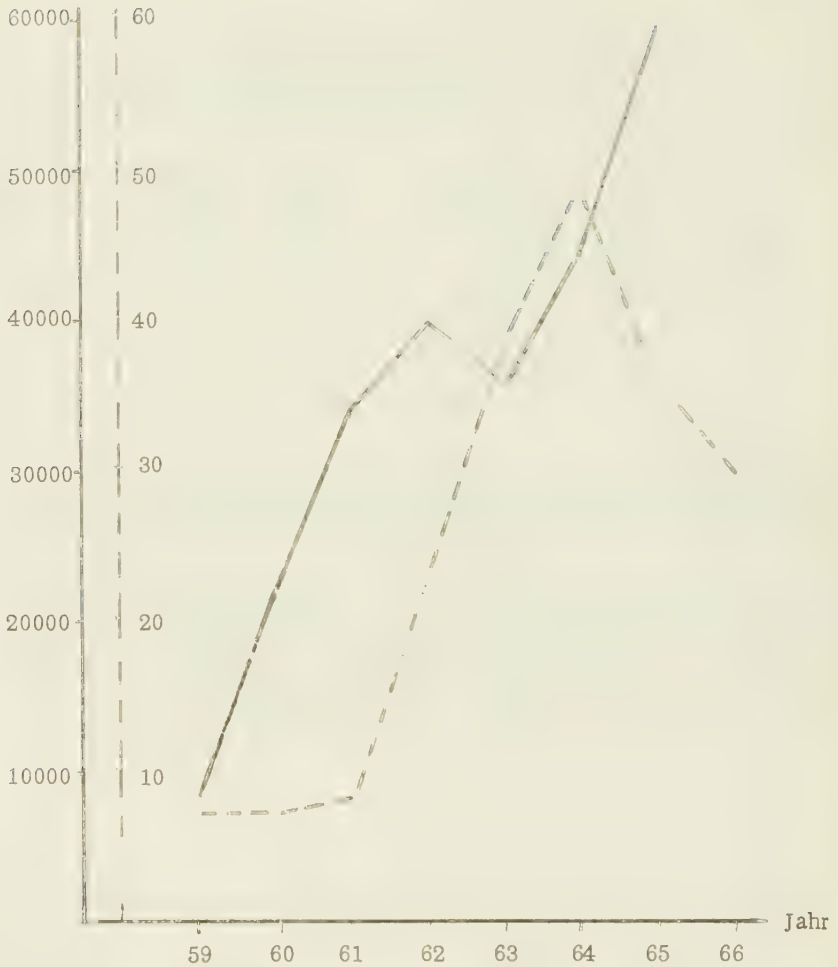
TABELLE IV

Jahr	Anzahl der Neuaufnahmen
1959	8
1960	8
1961	9
1962	23
1963	39
1964	49
1965	36
1966 (bis zum 1. 5.)	10
(gesamt)	30

Im gleichen Zeitraum stieg die Zahl der ausländischen Arbeitnehmer im LAA -Bezirk Südbayern 1959 um 9315, 1960 um 22 819, 1961 um 33 838, 1962 um 40 177, 1963 um 36 072, 1964 um 44 445, 1965 um 58 141.

Projeziert man beide Verlaufskurven in einer Abbildung, so fällt der fast parallel laufende Anstieg der zur Behandlung einer Tuberkulose stationär aufgenommenen Gastarbeiter pro Jahr in einem Abstand von circa zwei Jahren nach dem ständigen Anstieg der Neueinreisenden in die BRD sofort auf. Dieser Zeitraum stimmt mit anderen Autoren überein.

ABBILDUNG I



Zuzug v. Gastarb. i. LAA-Bezirk Südbayern pro Jahr

Anzahl d. Heilverfahren von Gasarbeitern pro Jahr

(Zuwachs der Gasarbeiter im LAA-Bezirk Südbayern i. Vergleich zum Zuwachs d. Gastarb. Patienten im Zentralkrankenhaus Gauting i. d. Jahren v. 1959 bis 1965)

II. Das Krankengut an Gastarbeiterpatienten im Zentralkrankenhaus Gauting

1. Auswertung der abgeschlossenen Heilverfahren

Die Krankenblätter der seit 1959 zu einem Heilverfahren in das Zentralkrankenhaus Gauting eingewiesenen Gastarbeiter wurden anhand des Aufnahmebuches ermittelt. Bearbeitet wurden alle Fälle bei denen es sich mit großer Wahrscheinlichkeit um "Gastarbeiter" handelte. Ausländische Patienten, die vor 1959 schon länger als fünf Jahre in der BRD wohnten, blieben unberücksichtigt. Bis zum 1. Mai 1966 betrug die Zahl abgeschlossener Heilverfahren von Gastarbeitern 145, die der laufenden Heilverfahren 37, zusammen 182.

Die Krankenblätter der schon abgeschlossenen Heilverfahren wurden für jedes einzelne Herkunftsland nach folgenden Gesichtspunkten ausgewertet: Anzahl, Einreisetermin in die Bundesrepublik, Einreisemodus, Zeitpunkt der Tuberkuloseerfassung, Intervall zwischen Einreise- und Erfassungstermin, Art der Erfassung, Befund bei Aufnahme in das Krankenhaus, Ergebnisse des Heilverfahrens, disziplinäres Verhalten, weitere Behandlung nach Abschluß des stationären Heilverfahrens. Bei nicht selten unvollständigen Krankenblattunterlagen sowie bei uneinheitlicher Bearbeitung der Vorgeschichte, insbesondere der Arbeitsvorgeschichte, muß mit Fehlerquellen gerechnet werden. Für eine statistische Bearbeitung sind die Krankenblattunterlagen des Zentralkrankenhauses Gauting nur bedingt geeignet.

Übersicht über die abgeschlossenen Heilverfahren

Herkunftsland		Italien	Griechen- land	Spanien	Türkei	Jugos- lawien
Anzahl	Männer	56	16	9	31	14
	Frauen	2	6	4	5	2
Zeitpunkt der Einreise	bekannt	39	11	11	27	11
	unbekannt	19	11	2	9	5
Einreise - modus	regulär	15	4	4	9	3
	irregulär	6	1	2	7	3
	keine Angaben	37	17	7	20	10
Intervall	< 1/2 Jahr	7	4	4	16	5
Einreise - Erfassung	< 1 Jahr	9	2		4	1
	> 1 Jahr	10	2	3	1	3
	> 2 Jahre	13	3	4	6	2
	keine Angaben	19	11	2	9	5
Art der Erfassung	Gesundheitsamt	24	6	4	9	8
	Hausarzt	7	4	1	8	7
	Werksarzt	5	4		4	
	Lungenfacharzt	7	4		1	1
	Krankenhaus	14	4	7	14	
	unbekannt	1		1		
Aufnahme- befund	I	14	4	1	4	2
	II	20	12	7	12	8
	III	8	3	3	10	5
	Id	10	3	2	10	
	Pleuritis	5				1
Ergebnis des Heil- verfahrens	I	28	13	5	14	5
	II	22	7	7	16	10
	III	7	2	1	6	1

Im folgenden soll dieses Zahlenmaterial erläutert werden und mit dem anderer Autoren verglichen oder gegenübergestellt werden. Dabei soll auf die einzelnen Punkte genauer eingegangen werden.

2. Auswertung der noch in stationärer Behandlung befindlichen Gastarbeiter

Zur Vervollständigung des Materials muß hier jedoch zunächst noch die Auswertung der noch in stationärer Behandlung befindlichen Patienten hinzugefügt werden. Die Bearbeitung dieser Patientengruppe erfolgte im wesentlichen nach den gleichen Gesichtspunkten wie die Ausarbeitung der schon abgeschlossenen Heilverfahren wurde aber um folgende Punkte durch persönliche Befragung der einzelnen Patienten erweitert: Herkunft, aufgegliedert nach vorwiegend ländlichem oder städtisch-industriellem Charakter, Berufswechsel, Art und Qualität der Unterkunft, Prospekte nach der Entlassung. Als Ergebnis des Heilverfahrens kann nur der bisherige Erfolg der schon kürzer oder länger laufenden Kuren angegeben werden.

Am 1. Mai 1966 befanden sich insgesamt 37 Gastarbeiter im Zentralkrankenhaus Gauting auf Grund einer klinisch manifesten und behandlungsbedürftigen Tuberkulose in stationärer Behandlung, davon 32 Männer und 5 Frauen. 11 Patienten kamen aus Italien, 12 aus der Türkei, 7 aus Griechenland, 6 aus Jugoslawien und einer aus Spanien. Das Durchschnittsalter betrug 34,2 Jahre. Aus Städten mit industriellem Charakter stammten 18, aus Gebieten vorwiegend landwirtschaftlichen Gepräges 19, die fast ausschließlich ihre bisher gewohnte Tätigkeit als Bauer im Gastland nicht mehr ausüben konnten. Insgesamt gingen in der Bundesrepublik 21 einer völlig andersartigen Tätigkeit nach, 6 übernahmen einen ihrer bisherigen Berufsausbildung ähnlichen Arbeitsplatz ein und 10 konnten im gleichen Beruf tätig bleiben.

In Unterkünften, die vom Arbeitgeber zur Verfügung gestellt wurden, wohnten 23 Patienten, die sich im Durchschnitt ihr Zimmer mit vier weiteren Personen, im wesentlichen ebenfalls Gastarbeiter aus dem eigenen oder einem anderen Herkunftsland, teilen mußten. Privat, in einer Mietwohnung, in Untermiete oder in einer Pension waren 9 untergebracht, hauptsächlich diejenigen Gastarbeiter, die mit ihrer Familie in Deutschland sind. In Barackenlagern, die allgemein als schlecht bezeichnet wurden, befanden sich während ihres Aufenthaltes in der Bundesrepublik weitere 5. Insgesamt waren 11 der 37 Gastarbeiterpatienten auf Grund der unzureichenden Wohnverhältnisse mit ihrer Unterkunft nicht zufrieden.

Regulär mit ärztlicher Untersuchung und Arbeitsvertrag vor Einreise in die Bundesrepublik kamen 19, weitere 5 wurden vor ihrem Arbeitsantritt ärztlich untersucht, die restlichen 13 waren bis zum Beginn des Heilverfahrens noch nicht zur Erlangung der Aufenthaltserlaubnis ärztlich untersucht worden oder sind auf Grund dieser Untersuchung nach Feststellung einer Tuberkulose in die Klinik eingewiesen worden. Diese Gruppe muß also zu den "Irregularen"

gezählt werden. Der zeitliche Zwischenraum zwischen Einreisetermin und Erfassungstermin betrug in 7 Fällen weniger als ein halbes Jahr, in 3 Fällen weniger als ein Jahr, in 9 Fällen mehr als ein Jahr und in den restlichen 18 Fällen betrug er über zwei Jahre. Die Erfassung erfolgte hauptsächlich im Krankenhaus (14 Fälle) und vom Hausarzt (10 Fälle), im geringeren Umfang vom Gesundheitsamt (6 Fälle), vom Lungenfacharzt (5 Fälle) und vom Werksarzt (2 Fälle).

Der Befund bei Aufnahme in die Klinik war bei 2 Fällen als schwer, in 15 Fällen als mittelschwer und in 7 Fällen als leicht zu bezeichnen. Bei 13 Patienten handelte es sich um eine extrapulmonale Tuberkulose. Das Heilungsergebnis konnte nach dem bisherigen Krankverlauf und den zuletzt durchgeführten Untersuchungen bei 29 Patienten (78 %) als wesentlich gebessert, bei 7 Patienten (19 %) als wenig gebessert und bei einem Patienten (3 %) als nicht gebessert betrachtet werden. In einem Fall kam an anderen Erkrankungen eine Hepatitis hinzu, ein weiterer klagte seit längerem über Magenbeschwerden. Alle übrigen gaben außer der Tuberkulose keine weiteren Beschwerden an.

Fast alle Gastarbeiter möchten nach dem Heilverfahren unbedingt an ihren alten Arbeitsplatz zurück. Zwei wollen nach abgeschlossener Heilverfahren ins Herkunftsland zurückkehren. Vor allem bei den Italienern war der Wunsch, die Schonzeit nach dem Heilverfahren in Italien zu verbringen, sehr groß.

III. Ergebnisse

1. Gesamtübersicht aller im Zentralkrankenhaus Gauting behandelten Gastarbeiter

Zusammengefaßt ergibt TABELLE V folgende Gesamtzahlen über alle seit 1959 bis 1. Mai 1966 im Zentralkrankenhaus Gauting stationär behandelten Gastarbeiter.

TABELLE V

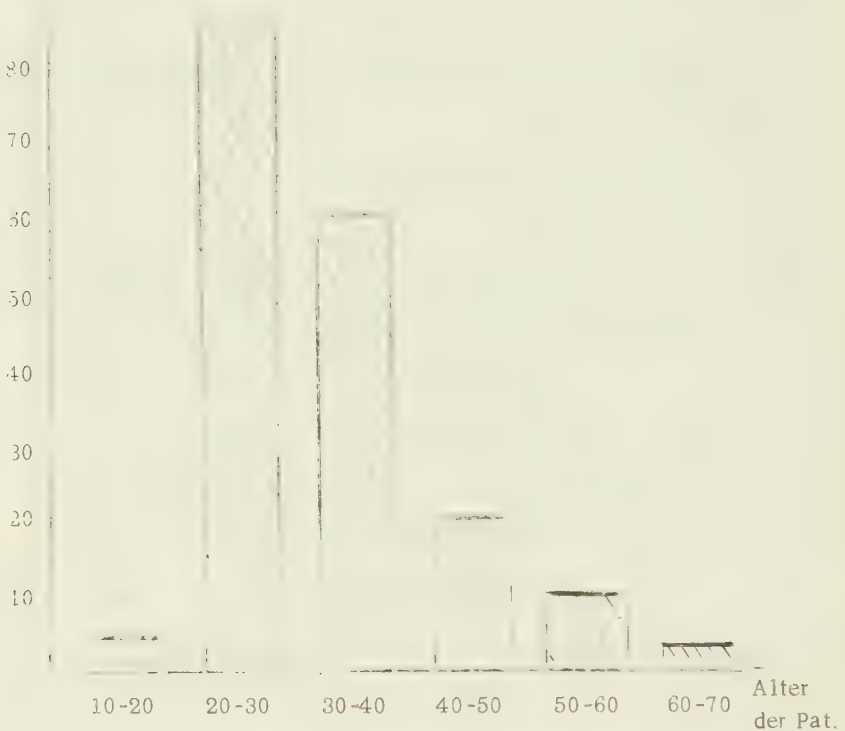
Patientengut	Anzahl	Männer	Frauen
<u>abgeschlossene Heilverfahren</u>			
<u>Herkunftsland</u>			
Italien	58	56	2
Griechenland	22	16	6
Spanien	13	9	4
Türkei	36	31	5
Jugoslawien	16	14	2
laufende Heilverfahren	37	32	5
Gesamt	182	158	24

2. Altersverteilung

Die Altersverteilung geht aus ABBILDUNG II hervor. Fünf Patienten sind noch nicht zwanzig Jahre alt. 86 Fälle gehören der Altersgruppe zwischen 20 und 30 Jahren, 59 der Gruppe zwischen 30 und 40 Jahren an. Weitere 19 fallen in den Bereich zwischen 40 und 50 Jahre. Die restlichen 13 sind über 50 Jahre alt. Das Gros der Patienten, fast 80 %, liegt zwischen 20 und 40 Jahren. Das Durchschnittsalter beträgt 31,9 Jahre. Es liegt wesentlich niedriger als das der einheimischen Patienten, das zwischen 45 und 50 Jahren liegt. Dieser Unterschied ist darauf zurückzuführen, daß nur die Jüngeren Arbeit im Ausland suchen und vom Gastland bevorzugt angeworben werden.

ABBILDUNG II

Anzahl
der Patienten



(Altersverteilung der stationär behandelten Gastarbeiter)

3. Einreisemodus

Von den 182 Gastarbeitern waren mit Sicherheit 37 irregulär in die Bundesrepublik eingereist und 54 regulär. Von den restlichen 91, bei denen keine genauen Angaben vorliegen, muß man auf Grund der oft sehr geringen Zeitspanne zwischen Einreisetermin und erstmaliger Tuberkuloseerfassung annehmen, daß sie nicht ärztlich untersucht worden sind, und somit die Zahl der "Irregularen" noch erhöhen. "Irregulär" ist hier keine Bezeichnung dafür, daß der Aufenthalt in der Bundesrepublik den geltenden gesetzlichen

Bestimmungen nicht entspricht, es bedeutet lediglich, daß der Gastarbeiter weder im Heimatland noch bei Arbeitsantritt in der BRD bis zur Erfassung der Tuberkulose ärztlich untersucht worden war.

Bemerkenswert ist, daß 20 Fälle der 37 "Irregulären" in die Zeit vor Bekanntgabe der "Entschließung der BStMdl vom 17. 10. 1962 Nr. I A 2 - 2084/4 - 33, Ausländerrecht; hier: Ärztliche Untersuchung vor Erteilung der Aufenthaltserlaubnis" fallen, denen 48 Neuaufnahmen in dieser Zeit gegenüber stehen. Auf die folgenden 134 Neuaufnahmen entfallen nur noch 17 "Irreguläre", bei denen die sehr kurze Zeitspanne zwischen Einreise und Erfassung auffällt; in 11 Fällen wurde schon innerhalb des ersten halben Jahres ihres Aufenthaltes in der Bundesrepublik eine Tuberkulose festgestellt, bei weiteren 2 innerhalb des ersten Jahres.

In den einzelnen Bundesländern sind die Bestimmungen für die Erteilung der Aufenthaltsgenehmigung etwas verschieden. Für Bayern seien hier die die Tuberkulosebekämpfung betreffenden wichtigsten Artikel wiedergegeben.

Auszugsweise Abschrift

Ausländerrecht

"Entschl. des BStMdl v. 17. 10. 1962 Nr. I A 2 - 2084/4 - 33

Zahlreiche Ausländer, die sich um eine Beschäftigung in der Bundesrepublik Deutschland oder um ihre Niederlassung bemühen, erfüllen nicht die gesundheitlichen Voraussetzungen für den Aufenthalt im Bundesgebiet. Die Ausländer und ihre Familienangehörigen können, insbesondere wenn sie vor der Einreise unter anderen klimatischen Bedingungen oder anderen sozialen oder Umweltverhältnissen gelebt haben, Krankheiten in das Bundesgebiet einschleppen, die eine Gefahr für die Gesundheit der einheimischen Bevölkerung, vor allem für solche Leute bilden, mit denen sie die Unterkünfte teilen, in Hausgemeinschaft wohnen oder beruflich, insbesondere an den Arbeitsstellen zusammentreffen. Im Interesse der Volksgesundheit ist es daher erforderlich, daß sich die Ausländer einer ärztlichen Untersuchung auf ansteckende und ekelerregende Krankheiten unterziehen, bevor sie die Aufenthaltserlaubnis erhalten.

Jeder Ausländer, der erstmals oder erneut um eine Aufenthaltserlaubnis nachsucht, hat der Ausländerbehörde eine ärztliche Bescheinigung über die gesundheitliche Unbedenklichkeit nach dem Muster der Anlage 1 vorzulegen. Ausgenommen sind, sofern im Einzelfall kein besonderer Anlaß für ärztliche Untersuchung vorliegt, diejenigen Arbeitnehmer, die durch die Kommissionen der Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung

im Ausland vermittelt werden und im Besitz einer Legitimationskarte sind. Diese Ausländer werden bereits vor der Einreise von Ärzten der Kommission untersucht. Die Unbedenklichkeitsbescheinigung braucht nicht verlangt zu werden von Grenzarbeitnehmern, von sonstigen Ausländern; dann nicht wenn es im Einzelfall aus bestimmten Gründen als unfruchtlich erscheint.

Die Beibringung der ärztlichen Unbedenklichkeitsbescheinigung obliegt dem Ausländer. Die Wahl des Arztes ist ihm grundsätzlich freigestellt; die Ausländerbehörde kann jedoch in Zweifelsfällen eine amtärztliche Untersuchung verlangen. Dem ärztlichen Untersuchungsbefund nach dem Muster der Anlage E ist mindestens eine Röntgenaufnahme der Lungen und ein Cardiolumin-Test zugrunde zu legen. Darüber hinaus ist die Untersuchung auf weitere Geschlechtskrankheiten und auf die Ausscheidung von Typhus-, Paratyphus-, sonstigen Salmonellenerregern und von Ruhrerregern auszu-dehnen, wenn in solcher Richtung Verdacht besteht.

Falls keine der in Absatz 2 erwähnten Ausnahme vorliegt, ist künftig die Aufenthaltserlaubnis nur nach Vorlage der ärztlichen Unbedenklichkeitsbescheinigung zu erteilen. Kann ein Ausländer die ärztliche Unbedenklichkeitsbescheinigung nicht beibringen, so ist die Aufenthaltserlaubnis zu versagen.

Hier ist im besonderen auf den Schutz der einheimischen Bevölkerung geachtet worden. Nur eine gründliche den Bestimmungen entsprechende Untersuchung von seiten des Arztes und eine frühzeitige Erfüllung dieser Verordnung von seiten des Gastarbeiters direkt nach der Einreise werden gefährdete Personen fernhalten und somit sehr wirkungsvoll sein.

Diese Bestimmungen sind nach Einführung der Verordnung Nr. 38/61 des Rats der EWG über die freie Wahl des Arbeitsplatzes und über die Gleichstellung einheimischer und ausländischer Arbeitnehmer innerhalb der Gemeinschaft geblieben. Die wesentlichen Artikel der "Richtlinien zur Koordinierung der Sondervorschriften für die Einreise und den Aufenthalt von Ausländern, soweit sie aus Gründen der öffentlichen Ordnung, Sicherheit oder Gesundheit gerechtfertigt sind" seien hier wiedergegeben.

Auszugsweise Abschrift

Richtlinien des Rats der EWG vom 25. Februar 1964 (64/221/EWG)

Artikel 1

- 1) Diese Richtlinie gilt für Staatsangehörige eines Mitgliedstaats, die sich in einem anderen Mitgliedstaat der Gemeinschaft aufhalten oder sich dorthin begeben, um eine selbständige oder unselbständige Erwerbstätigkeit

auszuüben oder um Dienstleistungen entgegenzunehmen.

- 2) Diese Bestimmungen gelten auch für den Ehegatten und die Familienmitglieder, welche die Bedingungen der auf Grund des Vertrages auf diesem Gebiet erlassenen Verordnungen und Richtlinien erfüllen

Artikel 2

- 1) Diese Richtlinie betrifft die Vorschriften für die Einreise, die Erteilung oder Verlängerung der Aufenthaltsgenehmigung oder die Entfernung aus dem Hoheitsgebiet, welche die Mitgliedstaaten aus Gründen der öffentlichen Ordnung, Sicherheit oder Gesundheit erlassen. ...

Artikel 4

- 1) Als Krankheit oder Gebrechen, die eine Verweigerung der Einreise oder der ersten Aufenthaltserlaubnis rechtfertigen, gelten nur diejenigen, die im Anhang aufgeführt sind.
- 2) Das Auftreten von Krankheiten oder Gebrechen nach Erteilung der ersten Aufenthaltserlaubnis kann die Verweigerung einer Verlängerung der Aufenthaltserlaubnis oder die Entfernung aus dem Hoheitsgebiet nicht rechtfertigen.
- 3) Die Mitgliedstaaten dürfen keine neuen Bestimmungen und Maßnahmen einführen, die einschränkender sind als diejenigen, welche bei Bekanntgabe dieser Richtlinie gelten.

Anhang

A. Krankheiten, welche die öffentliche Gesundheit gefährden können:

1. Quarantänepflichtige Krankheiten, die in den Internationalen Gesundheitsvorschriften Nr. 2 der Weltgesundheitsorganisation vom 25. Mai 1951 genannt sind;
2. Tuberkulose der Atemwege im aktiven Stadium oder mit Entwicklungstendenzen;

...
Für den Nutzen der Bestimmungen des BStMDI spricht zweifellos der Rückgang der "Irregulären" unter den Gastarbeitern. Einem Verhältnis von 2,4 zu 1 (regulär irregulär) bis Ende 1962 stellt seitdem ein Verhältnis von 7,9 zu 1 am Zentralkrankenhaus Gauting gegenüber. Ein Anstieg der Zahl der ausländischen Arbeitnehmer hat wie besonders

G. Neumann für den Bereich des Arbeitsamtes Stuttgart gezeigt hat, der die prozentual größte Zahl von ausländischen Arbeitnehmern aufweist, zwangsläufig eine Erhöhung der Zahl der an Tuberkulose erkrankten ausländischen Arbeitnehmer zur Folge. Die Gastarbeiter stellen eine Gruppe mit zwar nicht beängstigend hohem, aber doch gesteigertem Morbiditätsrisiko dar. Zwangsläufig werden auch immer mehr Kurverordnungen für ausländische Arbeitnehmer erforderlich. In der Schweiz waren 1961 (885 · 10 %) aller einem Heilverfahren zugeleiteten Personen Ausländer, 1962 bereits 890 (14,1 %). Im Zentralkrankenhaus Gauting lag die Zahl der Gastarbeiterpatienten im allgemeinen unter 10 % der Gesamtbelegung.

Die erhöhte Morbidität der Gastarbeiter ist mit eingeschleppten Tuberkulosen allein nicht zu erklären. Vielmehr ist die Tuberkulosegefährdung der Gastarbeiter in ihrer neuen Umgebung auf Grund der mannigfaltigen Belastungen Klimawechsel, Berufswechsel, andersartige Ernährung, Arbeitszeiteinstellung, Trennung von der Familie, mangelnde Wohnverhältnisse, übertriebene Sparen usw. erhöht. Nach V. Paegz sind die Ausländer in gleicher Weise mit Tuberkulose durchseucht wie Schweizer Industriearbeiter. Infolge der anderen Altersstruktur ist aber bei Schweizern nur mit der Infektion jedes 800., bei Ausländern dagegen jedes 600. zu rechnen. Hieraus ist zu entnehmen, daß nicht alle Ausländer bei der Einreise in das Gastland bereits tuberkuloseinfiziert sind, für die dann das Risiko der Ansteckung mit anschließender manifester Erkrankung mit Heilstättenbehandlung mit hoher Wahrscheinlichkeit besteht. Es drängt sich daher die Frage auf, ob nicht tuberkulosenegative Ausländer sich prophylaktisch einer BCG-Schutzimpfung unterziehen sollten. Obwohl die Untersuchung im Heimatland, wie sie von den Kommissionen der Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung in den Ländern Italien, Griechenland, Spanien, der Türkei und Portugal vorgenommen wird, die beste und wirksamste ist, verliert sie seit Bestehen der Freizügigkeit innerhalb der EWG immer an Bedeutung. 1965 waren nur noch 13 % der aus Italien kommenden Arbeitnehmer von einer Kommission der deutschen Arbeitsverwaltung untersucht. Damit wird für uns die Untersuchung zur Erlangung der Aufenthaltserlaubnis wesentliches Ausleseprinzip. Es muß deshalb überlegt werden, welche geeigneten Maßnahmen zur genauen und schnellen Erfüllung dieser Forderung zu treffen wären, um diese Methode zu verbessern. Außerordentlich bewährt hat sich die Methode der Auslese des Schweizer Grenzsanktionsdienstes, nach der die Untersuchung unmittelbar bei Einreise an der Landesgrenze stattfindet. Dieser Weg ist bei uns leider nicht gangbar.

4. Intervall Einreise - Erfassung

Von Bedeutung ist weiterhin die Bestimmung des zeitlichen Intervalls zwischen Einreise und Erfassung, das in Tabelle VI wiedergegeben ist.

TABELLE VI

Intervall	Anzahl	%
weniger als 1/2 Jahr	43	32
weniger als 1 Jahr	19	14
größer als 1 Jahr	28	21
größer als 2 Jahre	46	33
keine Angaben	46	

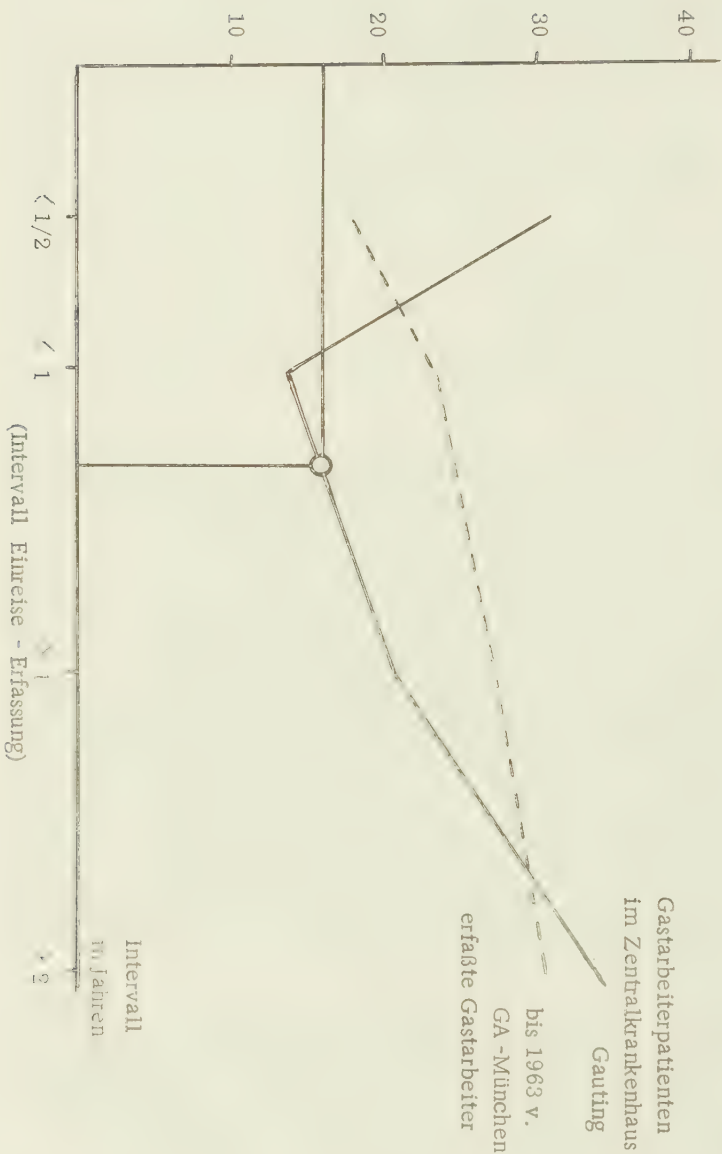
Die Zahl der Fälle mit genauen Angaben ergibt 136. Von diesen 136 erfolgte die Feststellung der Tuberkulose bei 31 % schon kurz nach der Einreise im ersten halben Jahr, bei 14 % im zweiten halben Jahr, bei 21 % im zweiten Jahr und bei 33 % nach zwei Jahren und später nach der Einreise. Nach Monaten beträgt der Durchschnittswert D insgesamt für die Zeit zwischen Einreise und Tuberkuloseerfassung 16 Monate.

Dieser Wert ist als Durchschnittsangabe aber nicht aussagegültig, da er dem Bereich der geringsten prozentualen Beteiligung aller Fälle angehört. Nach einer 1963 vom Gesundheitsamt München durchgeführten Untersuchung gelten für die als tuberkulosekrank registrierten Gastarbeiter folgende Angaben: 18 % innerhalb des ersten Halbjahres, 24 % innerhalb des zweiten Halbjahres, 28 % im zweiten Jahr und 30 % nach 2 Jahren und später. Auffallend ist der Unterschied der Angaben für die schon innerhalb des ersten halben Jahres als tuberkulosekrank erfaßten Gastarbeiter. Es ist anzunehmen, daß der Anteil der tuberkulosekranken Gastarbeiter, die sich auf Grund der schon fortgeschrittenen Krankheitsbilder einer Heilstättenbehandlung unterziehen müssen, in dieser Gruppe besonders hoch ist.

Die Doppelgipfligkeit der Darstellung für diejenigen Gastarbeiter, die sich einem Heilverfahren unterziehen mußten, fällt besonders auf. Mit allen Vorbehalten drückt sie aus, daß eine große Zahl von Gastarbeitern durch die Kontrollen durchgeschlüpft oder zu spät von ihnen erfaßt wird, daß weiterhin eine späte "zweite Welle" entweder in Deutschland manifest erkrankt oder in Deutschland zum ersten Mal infiziert wird, wodurch sich später

Anzahl
der Patienten
in %

ABBILDUNG III



eine manifeste Tuberkulose entwickelt. Diese "zweite Welle" stimmt mit dem in ABBILDUNG I dargestellten zeitlichen Intervall zwischen der rapiden Zunahme ausländischer Arbeitnehmer im Landesarbeitsamtsbezirk Südbayern und dem merklich steigenden Anteil von Gastarbeitern an der Gesamtbelegung des Krankenhauses Gauting überein. Es ist anzunehmen, daß bei guter Durchführung der Kontrollen der Anteil der kurzzeitig erfaßten Gastarbeiter abnimmt und derjenige der später mit manifester Tuberkulose erkrankten zunimmt.

5. Art der Erfassung

Anhand des Krankengutes des Zentralkrankenhauses Gauting ist sie wie folgt anzugeben:

TABELLE VII

Erfassungsstelle	Anzahl	%
Gesundheitsamt bzw. Tuberkulosefürsorgestelle	57	32
Hausarzt	37	21
Werksarzt	15	8
Lungenfacharzt	18	10
andere Krankenanstalten	53	29

Es fällt besonders der hohe Prozentsatz von 29 % der in anderen Krankenanstalten erfaßten Tuberkulosen von Gastarbeitern auf. Auf den hohen Anteil von Ausländern unter den Einweisungen der praktizierenden Ärzte oder anderer Krankenhäuser weisen ebenfalls Neumann wie auch Seidel hin. Der öffentliche Gesundheitsdienst ist mit 32 % in hohem Maße an der Erfassung der tuberkulosekranken Gastarbeiter beteiligt. Zur Wichtigkeit der Anamnese sei vermerkt, daß bei 18 Patienten in der Vorgeschichte in der Familie eine Tuberkulose genannt war.

6. Befund bei der Aufnahme in die Klinik

Eine der wesentlichen Erhebungen galt dem Tuberkulosebefund bei Aufnahme in das Krankenhaus. Dabei wurde die Ausdehnung der Tuberkulose nach einem internationalen Schlüssel in I, II und III eingeteilt, wobei I der geringste, III der am weitesten fortgeschrittene Grad des Befalls der Lunge darstellt. Die Bezeichnung Id steht für die Tuberkulose außerhalb der Lungen. Fälle von Rippenfellentzündungen sind gesondert aufgeführt.

In einem Fall war nicht festzustellen, wie ausgebreitet die Tuberkulose war, weil der Patient nach zwei Tagen ohne alle Unterlagen sofort wieder verschwunden ist.

Die TABELLE VIII gibt Aufschluß über die Befunde bei Aufnahme in das Krankenhaus.

TABELLE VIII

Befund	I	II	III	Id	Pleuritis
Anzahl	27	74	36	38	6
in %	15	41	20	21	3

Aufgrund des hohen extrapulmonalen Anteils (Id) erscheint eine Aufgliederung bezüglich der Lokalisation der extrapulmonalen Tuberkulose interessant:

Aufgliederung Id:	urogenitale Tbk	15	39 %
	Halslymphknotentbk	10	26 %
	Weichteiltbk	6	16 %
	Knochentbk	2	5 %
	Wirbelsäulentbk	1	
	urogenitale und Halslymphknotentbk	1	
	urogenitale und Wirbelsäulentbk	1	
	urogenitale und Hauttbk	1	
	Wirbelsäulen- und Knochentbk	1	

Eine ausgedehnte Lungentuberkulose mit dem Kennzeichen des Grades III mit einer gleichzeitigen Manifestation der Tuberkulose an den Nieren wurde in einem Fall beobachtet.

Augenfällig ist der hohe Prozentsatz von 21 % extrapulmonalen Tuberkulosen, bei denen wiederum der Anteil der Halslymphknotentuberkulose bemerkenswert hoch ist. 26 % der Tuberkulosen anderer Organe entfielen auf die Halslymphknotentuberkulose. Bei diesen Fällen konnten keine oder nur geringgradige inaktive Lungentuberkulosen festgestellt werden, so daß es sich wahrscheinlich um Erstinfektionen handelt. In der einheimischen Bevölkerung liegt der Anteil der peripheren Lymphknotentuberkulose bei 18,9 %, der der extrapulmonalen Tuberkulose am tuberkulösen Gesamtbestand bei 10,1 %, während er bei den Gastarbeitern das Doppelte beträgt. Nicht so deutlich wird diese Tatsache von V. Haegi dargestellt. G. Neumann nennt den gleichen Prozentsatz von 21 % gegenüber nur 8 % aller aktiven Fälle der Gesamtbevölkerung. Bei J. Hein betrug die Zahl der extrapulmonalen Tuberkulosen nur 3 % gegenüber 15 % bei Steiger. Eine genaue Klärung der Frage, welcher Anteil der Fälle mit fortschreitender Lungentuberkulose die Erkrankung aus der Heimat mitgebracht hat, welcher in Deutschland wahrscheinlich zum ersten Male infiziert wurde und in welchen Fällen sich eine früher abgelaufene Tuberkulose reaktivierte, kann an Hand der Aufnahmebefunde nicht geklärt werden. Für eine große Anzahl eingeschleppter Tuberkulosen spricht der hohe Prozentsatz der schon nach der Einreise Erfassten, für eine nicht zu unterschätzende Zahl an Erstinfektionen spricht der Anteil der Rippenfellentzündungen von 3 % und die erhöhte jährliche Infektionserwartung der Gastarbeiter gegenüber der einheimischen Bevölkerung. Nach Ott sind aus Süditalien einreisende Gastarbeiter 40 - 50 % tuberkulinnegativ. Im vorliegenden Krankengut fällt das Auftreten von Pleuritiden bei den Italienern besonders auf.

7. Erfolge der Heilverfahren

Der Erfolg der bereits abgeschlossenen Heilverfahren wurde in drei Gruppen eingeteilt. Die Gruppe I wurde mit Heilung bzw. Arbeitsfähigkeit am alten Arbeitsplatz mit geringen Restbefunden gleichgesetzt, die Gruppe II bedeutet deutliche röntgenologische Besserung und Verschwinden der Bazillenausscheidung, die Gruppe III wurde gewählt für diejenigen Fälle, bei denen entweder Tuberkelbakterien noch nachgewiesen wurden bei der Entlassung oder bei denen röntgenologisch keine Besserung zu verzeichnen war. In diese Gruppe wurden ebenfalls Verschlechterungen eingeordnet, die allerdings

kaum vorkamen. Gestorben ist kein Patient. Die drei Patienten mit positivem Tuberkelnachweis bei der Entlassung setzten das Heilverfahren im Heimatland fort. Den Erfolg der schon abgeschlossenen Heilverfahren gibt TABELLE IX wieder.

TBALLE IX

Heilungsergebnis	I	II	III
Anzahl	65	62	17
in %	45	43	12

Die Heilungserfolge sind mit 88 % mit sehr gut bis gut, zu 12 % als schlecht zu bezeichnen.

H. Seidel nennt bei der Entlassung von 109 Gastarbeiterpatienten folgende Heilungserfolge: 103 Patienten, die der Gruppe I und II entsprachen, wurden als von vornherein inaktiv befunden oder kamen mit wesentlich gebesserten Tuberkulosen zur Entlassung, 6 wurden in verschlechtertem oder unverändertem Zustand entlassen.

8. Therapie

In der Therapie wurden keine anderen Wege eingeschlagen als bei der einheimischen Bevölkerung. Die Chemotherapie wurde grundsätzlich in einer Kombinationsbehandlung mit Zweier- oder Dreierkombinationen durchgeführt. Insgesamt wurden 15 % neben der Chemotherapie operativ behandelt. Lediglich bei den Türken wurde aus religiösen Gründen der Vorschlag einer notwendigen Operation in zwei Fällen abgelehnt.

9. Behandlungszeit und disziplinarisches Verhalten

Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 2,1 Monate, wobei aber bemerkt werden muß, daß 31 Patienten auf ihr Drängen hin vorzeitig gegen ärztlichen Rat das Krankenhaus verließen, aus disziplinarischen Gründen entlassen werden mußten oder sich unerlaubt entfernten, 8 Patienten das Heilverfahren im Heimatland oder einem anderen Krankenhaus fortsetzten. Der durchschnittliche stationäre Aufenthalt der Patienten, die ihr Heilverfahren ordnungsgemäß abschlossen, liegt bei 11,2 Monaten.

Nicht kurgemäßes Verhalten lag bei 36 Fällen (19 %) vor, davon überwiegend

unerlaubte Entfernungen oder vorzeitiger Kurabbruch. 44 Patienten wurden nach Beendigung des Heilverfahrens ambulant mit Fortsetzung der Chemotherapie weiterbehandelt.

Nach ordnungsgemäßem Kurabschluß kehrten 7 ins Herkunftsland zurück. Insgesamt begaben sich 26 (18 %) ins Heimatland.

10. Vergleich der Patientengruppen untereinander

Der Vergleich der Herkunftsländer anhand des Krankengutes des Zentralkrankenhauses Gauting, das auf Grund der relativ geringen Zahl natürlich keine verbindlichen Aussagen zuläßt, gibt in einigen wesentlichen Punkten folgende Aufschlüsse. TABELLE X gibt einen Vergleich des Intervalls Einreise - Erfassung in % innerhalb der einzelnen Herkunftsländer.

TABELLE X

Intervall	< 1/2	< 1	> 1	> 2	Keine Angaben
Italien	12	16	17	22	33
Griechenland	18	9	9	14	50
Spanien	31		23	31	15
Türkei	44	11	3	17	25
Jugoslawien	31	6	18	14	31

In bezug auf das Intervall Einreise - Erfassung fällt besonders auf, daß der Anteil der Türken mit 44 % der schon im ersten halben Jahr nach der Einreise Erfaßten gegenüber den Italienern mit nur 12 % und den Griechen mit 18 % sehr hoch ist. Die TABELLE X ist auf Grund des hohen Anteils der Krankenblätter ohne Angabe über den Zeitpunkt der Einreise und damit des hohen Anteils des nicht bestimmbaren Intervalls nur sehr bedingt aussagekräftig. In TABELLE XI sind die Befunde bei Aufnahme in die Heilstätte der Patientengruppen der einzelnen Herkunftsländer in Prozent ausgedrückt und miteinander vergleichbar.

TABELLE XI

Befund	I	II	III	Id	Pleuritis
Italien	25	35	14	17	9
Griechenland	18	54	14	14	
Spanien	8	54	23	15	
Türkei	11	33	28	28	
Jugoslawien	13	50	31		6

Die Ausdehnung der Befunde nach Schweregraden I bis III zeigt, daß in Gruppe III die Jugoslawen mit 31 % und die Türken mit 28 % gegenüber den Italienern und Griechen den höchsten Prozentsatz aufweisen. Ebenso ist der Anteil der extrapulmonalen Tuberkulosen bei den Türken mit 28 % sehr hoch.

TABELLE XII gibt das HEILUNGSERGEBNIS in Prozent wieder.

TABELLE XII

Heilungsergebnis	I	II	III
Italien	49	39	12
Griechenland	59	32	9
Spanien	38	54	8
Türkei	39	44	17
Jugoslawien	31	63	6

Auch beim Heilungsergebnis sind die Türken mit 39 % neben den Jugoslawen mit 31 % und den Spaniern mit 38 % in der Gruppe I (Heilung bzw. Arbeitsfähigkeit am alten Platz mit geringen Restbefunden) nur gering beteiligt und in Gruppe III (keine röntgenologische Besserung nachweisbar) mit 17 % am stärksten beteiligt.

Das läßt mit allen Vorbehalten darauf schließen, daß unter den Gastarbeitern bei den Türken eine tuberkulöse Erkrankung einen schwereren Verlauf nimmt als bei Personen anderer Herkunftsländer.

DISKUSSION

Gastarbeiter sind und bleiben ein notwendiger Bestandteil unserer Wirtschaft, besonders in den Wirtschaftsabteilungen Eisen- und Metallherzeugendes und -verarbeitendes Gewerbe, Baugewerbe - sonstiges verarbeitendes Gewerbe und Dienstleistungen. Sie sind bevorzugt an Arbeitsplätzen mit schwerer körperlicher Arbeit beschäftigt, die von der einheimischen Bevölkerung nur noch in geringem Umfang besetzt werden. Die Gruppe der Gastarbeiter wirft im Rahmen der Tuberkulosebekämpfung Fragen auf, die von den deutschen Behörden gelöst werden müssen. Als Personen, die nur für begrenzte Zeit in einer für sie fremden Arbeitsumwelt leben und ihre Tätigkeit nur zweckgebunden für einen relativ hohen Verdienst in kurzer Zeit betrachten und ausüben, bringen sie auch besondere soziale und psychische Probleme mit sich.

Aus der Sicht der Heilstätte und allein anhand des Krankengutes eines Krankenhauses sind nur begrenzte und ergänzende Angaben zum epidemiologischen Problem der Gastarbeiter zu machen. Diese Fragen haben sich besonders der öffentliche Gesundheitsdienst anzunehmen und auch schon angenommen.

J. Hein schreibt in seinem Referat, gehalten auf der Sitzung der Ausschüsse (2) Seuchenbekämpfung und Hygiene und (3) Gesundheitsvor- und -fürsorge des Bundesgesundheitsrates in Bad Godesberg am 6. Mai 1966: "Wir können es uns heute in einem Zeitalter, in dem wir die Tuberkulose zu besiegen wünschen - wir sprechen zwar heute schon vorzeitig vom Ausrotten der Tuberkulose - nicht leisten, ein neues Kontingent von unkontrollierten Tuberkulosekranken in der Bundesrepublik heranzuzüchten..." Daß die Tuberkulose nicht ausgerottet ist, es zur Austottung wahrscheinlich ganz besonderer Anstrengung bedarf, zeigt die Tatsache, daß die Zahl der Neuerkrankungen in Bayern seit 1961 nur noch in sehr geringem Maße gegenüber den Vorjahren abgenommen hat, 1965 die der an offener Lungentuberkulose Neuerkrankten um 4 %, die neu registrierten Fälle an aktiv gestillter Tuberkulose um 2 % und die Neuerkrankungen an aktiver Tuberkulose anderer als die Atmungsorgane sogar um 5 % gegenüber dem Vorjahr wieder gestiegen ist.

Diese Stagnation in der bisher erfolgreichen Eindämmung der Tuberkulose und der erneute Anstieg der an Tuberkulose Erkrankten, ist möglicherweise mit der seit 1961 rapid steigenden Zahl von ausländischen Arbeitnehmern in Zusammenhang zu bringen. Von fast allen Autoren wird auf das erhöhte

Morbiditätsrisiko dieser Bevölkerungsgruppe hingewiesen. In den Krankenanstalten und Heilstätten liegt der Anteil an Gastarbeitern an der Gesamtbelegung um das Doppelte höher als ihr prozentualer Anteil an der Gesamtbevölkerung. Der Prozentsatz extrapulmonaler Tuberkulose, im Zentral-krankenhaus Gauting beträgt er 21 %, ist unter den Gastarbeitertuberkulosen besonders hoch. Dem entspricht die stärkste Zunahme von 5 % bei den extrapulmonalen Tuberkulosen am Gesamtbestand.

Diese Entwicklung fordert zu besonderer Beachtung der Probleme der Tuberkuloseerkrankten ausländischer Arbeitnehmer auf, das G. Neumann in folgende vier Gesichtspunkte im Referat, gehalten auf der Sitzung der Ausschüsse (2) und (3) des Bundesgesundheitsrates in Bad Nauheim, aufgegliedert

1. Verhütung der Einschleppung in die Bundesrepublik
2. Verhütung einer Erkrankung in der Bundesrepublik
3. rechtzeitige Erkennung etwaiger Erkrankungen
4. Sicherstellung der Behandlung erkrankter Gastarbeiter

Um eine Einschleppung von Tuberkulose in die Bundesrepublik zu verhindern, bestehen zwei Möglichkeiten entsprechend den Wegen, auf denen ausländische Arbeitnehmer in die Bundesrepublik gelangen.

Das gelenkte Verfahren, durchgeführt von der Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung in Form von Kommissionen in den Herkunftsändern, ist für diesen Zweck das wirkungsvollste, da die Bewertung der Lungentbefunde zur Aushändigung der Legitimationskarte weit strenger ist als die bei der ärztlichen Untersuchung in der Bundesrepublik zur Erlangung der Aufenthaltserlaubnis. Ausgeschlossen von einer Vermittlung sind Personen mit Lungentuberkulosen aller Formen, auch ausgeheilte Tuberkulosen. Ausgenommen sind nur Befunde wie "verkalkter Primärkomplex", "verteilte harte Herde in der Lunge" oder "geringfügige Sinusverklebungen ohne Funktionseinbuße".

Bei der Untersuchung zur Erlangung der Aufenthaltserlaubnis ist dieser Maßstab nicht mehr so streng. Ob die Zulassung von einer aktiven oder inaktiven Lungentuberkulose abhängig zu machen ist, wird in den einzelnen Ländern verschieden gehandhabt. Der Prozentsatz der Ablehnungen ist dabei in den Ländern, die nur bei aktiver Lungentuberkulose, wie auch in den Ländern, die schon bei inaktiver Lungentuberkulose die Unbedenklichkeitserklärung

nicht ausstellen, gleich groß. Aus diesem Grunde ist auf eine gleichartige Bewertung der Lungenbefunde in allen Bundesländern zu schließen. Der Untersuchung vor Erteilung der Aufenthaltsgenehmigung, die zweite also in der Bundesrepublik durchgeführte Möglichkeit zur Verhütung der Einschleppung einer Tuberkulose, liegt eine weitaus großzügigere Bewertung der Lungenbefunde zugrunde. Dieser Weg gewinnt aber seit Bestehen der Freizügigkeit in bezug auf den Arbeitsplatz innerhalb der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft immer mehr an Bedeutung und erfaßt auch diejenigen ausländischen Arbeitnehmer, die aus nicht der Gemeinschaft angehörenden Ländern als Touristen einreisen und sich in der Bundesrepublik um einen Arbeitsplatz bemühen. Die Einengung und Verschärfung des Bewertungsmaßstabes ist auf Grund des Artikels 4, Absatz 3, der Richtlinie des Rats der EWG vom 25. 2. 64 (64/221 EWG) nicht mehr möglich. Deshalb ist die Untersuchung zur Unbedenklichkeitserklärung nur dann ein wirklich wirksamer Weg zur Verhütung der Einschleppung von Tuberkulose, wenn sich der ausländische Arbeitnehmer in kürzester Zeit dieser Untersuchung unterzieht. Hierzu bedarf es einer schnellen Zusammenarbeit der Arbeitsverwaltung, der Arbeitgeber, der Ausländerpolizei und des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Daß die Einführung dieser Untersuchung sich bereits bewährt hat, zeigt das Ergebnis, daß seit Bestehen dieser Bestimmung sich das Verhältnis der vor Aufnahme in das Zentralkrankenhaus Gauting Untersuchten zu den noch nicht Untersuchten von 2:4 zu 1 auf 7,9 zu 1 verbessert hat. Wie unbefriedigend dieser Weg dennoch gegenüber der Untersuchung durch die Kommissionen der Deutschen Arbeitsverwaltung im Herkunftsland wie auch gegenüber der vom Schweizer Grenzaußendienst durchgeführten Röntgenbilduntersuchung beim Grenzübertritt ist, zeigt die Tatsache, daß die Röntgenuntersuchung vor Erteilung der Aufenthaltserlaubnis die Einschleppung der Tuberkulose in die Bundesrepublik nicht vollständig vermeiden kann, sondern nur bewirkt, daß sich keine Ausländer mit offener oder geschlossener heilungsbedürftiger Tuberkulose in der Bundesrepublik niederzulassen. Der im Krankengut des Zentralkrankenhauses Gauting (hohe Anteil der Gastarbeiter innerhalb des ersten halben Jahres als tuberkulosekrank Erkrankten deutet darauf hin, daß ein erheblicher Teil der Gastarbeiter bereits mit einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose in die Bundesrepublik einreist. Auf Grund des noch höheren Anteils der nach zwei Jahren und später Befallenen ist anzunehmen, daß ein noch größerer Teil der Gastarbeiter entweder an einer bereits vorhandenen inaktiven Tuberkulose manifest erkrankt oder zum ersten Mal in der Bundesrepublik infiziert wird, wodurch sich anschließend eine behandlungsbedürftige Tuberkulose entwickelt. Der Schutz vor einer Infektion in der Bundesrepublik liegt im Interesse des Gastlandes

wie im Interesse des Gastarbeiters gleichermaßen. Werben und benötigen wir ausländische Arbeitskräfte, so ist die einsatzfähige Arbeitskraft des Ausländers das Wesentliche und Nützlichste eine möglichst kleine Zahl an kostspieligen Heilverfahren das Billigste. Eine tuberkulöse Erkrankung, die ein Heilverfahren erzwingt, bedeutet für den Gastarbeiter immer eine Gefahr nicht mehr voll arbeitsfähig zu sein und in die Heimat zurückkehren zu müssen oder einen leichteren Arbeitsplatz mit minderem Verdienst ausfüllen zu müssen.

Nach Haegi sind 40 bis 50 % der aus Südtalien einreisenden Gastarbeiter tuberkulinnegativ. Die Tuberkulinnegativen sind die eine Gruppe, die vor einer Erkrankung in der Bundesrepublik zu schützen sind. Hier muß die Förderung der BCG-Schutzimpfung erhoben werden, auch wenn die praktische Durchführung auf vielerlei Schwierigkeiten stößt.

Um bei bereits infizierten oder mit aktiver Tuberkulose belasteten Gastarbeitern eine Reaktivierung und Ausbreitung der Tuberkulose frühzeitig erkennen zu können, genügt nicht etwa die Untersuchung bei der ersten Verlängerung der Aufenthaltserlaubnis, sondern muß die Forderung nach einer späteren regelmäßigen Schirmbilduntersuchung erhoben werden, auch wenn dies eine starke Belastung des öffentlichen Gesundheitsdienstes darstellen würde.

Der hohe Anteil der von niedergelassenen Ämtern und anderen Krankenanstalten als tuberkulosekrank erfaßten Gastarbeiter unterstreicht die Bedeutung der rechtzeitigen Erkennung etwaiger tuberkulöser Prozesse bei Gastarbeitern. Sie liegt zunächst beim praktischen Arzt. Auf Grund des erhöhten Anteils von extrapulmonalen Tuberkulosen, der bei Gastarbeitern gegenüber der einheimischen Bevölkerung das Doppelte beträgt, muß bei Gastarbeiterpatienten auch bei anderen Organerkrankungen besonders an die Möglichkeit einer Tuberkulose gedacht werden. Die derzeitige Handhabung der Untersuchungen lassen extrapulmonale Tuberkulosen bei der Einreise oder vor Arbeitsantritt nicht erkennen. Es ist schwierig zu beurteilen, ob z.B. eine urogenitale Tuberkulose schon im Herkunftsland bestanden hat oder ob erst in der Bundesrepublik die Streuung in ein anderes Organ erfolgte und dort zur Manifestation der Tuberkulose führte.

Die eigenartige Motivierung der Anwesenheit von ausländischen Arbeitskräften, in einem anderen Land in kurzer Zeit relativ viel Geld verdienen zu können, zum anderen die Notwendigkeit des Gastlandes, freien Arbeitsplätzen ausländische Arbeitskräfte zuführen zu müssen, bringt für den Gastarbeiter besondere psychische und physische Belastungen mit sich, die mit ein Grund für die erhöhte Tuberkulosehäufigkeit unter den Gastarbeitern darstellen. Es ist Aufgabe des Gastlandes, für bestmögliche psychische

und physische Eingliederungs- und Arbeitsvoraussetzungen zu sorgen. Angemessene Wohnverhältnisse waren bei 30 % der in stationärer Behandlung in Gauting befindlichen Gastarbeiter nach ihrer Ansicht nicht gegeben.

Im Zentralkrankenhaus Gauting nahm die Zahl der Gastarbeiterpatienten von 1961 bis 1965 ständig zu. Sie überstieg aber nie 10 % der Gesamtbelegung. Der Höchststand war 1964 mit 57 Patienten erreicht, das entspricht 8 bis 9 %, Gegenüber einem Anteil von 5,4 % an der Gesamtbevölkerung erscheint die Zahl tuberkulosekranker Gastarbeiter, die sich einem Heilverfahren unterziehen müssen, relativ hoch. Hierbei ist aber zu berücksichtigen, daß sich über 80 % aller in Gauting behandelten Gastarbeiter aus dem Arbeitsamtsbezirk München rekrutierten, dem in Bayern mit einem Anteil von 9,5 % Gastarbeitern an der Gesamtzahl der unselbständigen Erwerbspersonen höchsten, im Bundesgebiet an sechster Stelle liegenden Arbeitsamtsbezirk. Eine auffällig relativ höhere Zahl tuberkulosekranker Gastarbeiter kann aus dem relativ erhöhten prozentualen Anteil einer Klinik nicht nachgewiesen werden. Diese Feststellung stimmt mit Seidel überein, während Haegi eine deutliche relativ höhere Zahl tuberkulöser Heilverfahren für Gastarbeiter nachgewiesen hat. Für die Bundesrepublik kann dies in den nächsten Jahren auch zutreffen, denn in der Schweiz ist die Gastarbeiterzahl schon seit vier Jahren, in der Bundesrepublik erst seit einem Jahr gleich hoch geblieben, und der durchschnittliche Zeitraum Einreise - Erkrankung bei unwesentlichem Zuzug von Gastarbeitern über zwei Jahre beträgt.

In bezug auf die Lungenbefunde bei der Einweisung in die Klinik konnte zur einheimischen Bevölkerung kein wesentlicher Unterschied festgestellt werden. Der hohe Anteil der Pleuritiden besonders bei den Italienern spricht für eine erhöhte Anzahl an Erstinfektionen unter den Gastarbeitern. Auffallend ist der doppelt so hohe Anteil der extrapulmonalen Tuberkulose im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung.

Bei gleich angewandter Therapie scheinen die Erfolge des Heilverfahrens bei Gastarbeitern besser zu sein. Einerseits gehören die Gastarbeiter den jüngeren Altersgruppen zwischen 20 und 40 Jahren an, bei denen auf Grund der durchschnittlich besseren Konstitution auch günstigere Heilungsergebnisse zu erwarten sind, andererseits ist die Dauer des Heilverfahrens derjenigen, die die Kur ordnungsgemäß abschließen, etwas länger, da der Wunsch nach völliger Arbeitsfähigkeit am alten Arbeitsplatz bei den meisten recht groß ist. Die Eingewöhnung ist anfänglich auf Grund der Sprachschwierigkeiten und der verschiedenen Temperamente etwas schwierig. Nach Eintritt in die Notwendigkeit des Heilverfahrens unterwerfen sie sich bereitwillig der Hausordnung und allen Anordnungen der Ärzte und des Pflegepersonals

Berücksichtigt man den sehr hohen Anteil der schon sehr früh Erfaßten, den hohen Anteil bei den schweren Befunden und die relativ schlechteren Heilungsergebnisse bei den Türken und Jugoslaven, so muß man annehmen, daß bei diesen Gastarbeitergruppen die Tuberkulose einen vehementen und schwereren Verlauf nimmt. Andere Autoren bestätigen diese Beobachtung nicht.

ZUSAMMENFASSUNG

Von 1959 bis zum Mai 1966 unterzogen sich 182 Gastarbeiter im Zentral-Krankenhaus Gauting auf Grund einer manifesten Lungentuberkulose oder einer anderen Organtuberkulose einem Heilverfahren. Am 1. Mai 1966 befanden sich 37 dieser Patienten noch in stationärer Behandlung.

Der deutlich spurbare Anstieg von Gastarbeiterpatienten erfolgte in einem Abstand von ungefähr zwei Jahren nach dem rapiden Anstieg von ausländischen Arbeitnehmern in der Bundesrepublik. Auffallend hoch im vorliegenden Krankengut ist jedoch mit 32 % auch der Anteil derjenigen Patienten, die schon kurz nach der Einreise in die Bundesrepublik innerhalb des ersten halben Jahres einem Heilverfahren zugeleitet wurden, 33 % aller Patienten wurden erst nach zweijährigem Aufenthalt erfaßt. Auf Grund dieser beiden zeitlichen Exponenten muß man annehmen, daß eine große Zahl von Gastarbeitern durch die Kontrollen durchgeschlüpft oder zu spät von ihnen erfaßt wird, indem die für jeden ausländischen Arbeitnehmer obligate Untersuchung zur Erlangung der Aufenthaltsgenehmigung zu spät vorgenommen wird oder den Erfordernissen nicht genügt, daß weiterhin eine späte "zweite Welle" entweder in Deutschland manifest erkrankt oder in Deutschland zum ersten Mal infiziert wird. Für die noch nicht infizierten tuberkulinnegativen einreisenden Gastarbeiter ist die Forderung nach der BCG-Schutzimpfung zu erheben. Die bereits Infizierten oder mit inaktiver Tuberkulose belasteten Gastarbeiter müßten einer regelmäßigen Schirmbilduntersuchung zugeleitet werden.

Neben dem öffentlichen Gesundheitsdienst mit 32 % sind vor allem andere Krankenanstalten mit 29 % und freie niedergelassene Ärzte mit 21 % hauptsächlich an der Erkennung einer tuberkulösen Erkrankung bei Gastarbeitern beteiligt. Auf Grund des höheren Morbiditätsrisikos gegenüber der einheimischen Bevölkerung ist bei Lungenerkrankungen immer zunächst an eine Tuberkulose zu denken. Besonders bei anderen Organerkrankungen muß bei Gastarbeitern vornehmlich an die Möglichkeit einer Tuberkulose gedacht werden, da der Anteil der extrapulmonalen Tuberkuloseformen unter Gastarbeitern doppelt so häufig ist wie in der einheimischen Bevölkerung.

Im vorliegenden Krankengut waren die Lungenbefunde bei Einweisung in die Klinik für 15 % der Fälle als leicht, für 41 % als mittelschwer und für 20 % als schwer zu bezeichnen, 21 % entfielen auf Tuberkulosemanifestationen in anderen Organen, 3 % aller Fälle erkrankten an einer tuberkulösen Pleuritis. Die Anzahl der Pleuritiden und der hohe Anteil der Halslymph-

knotentuberkulose unter den extrapulmonalen Manifestationen mit 26 %, bei denen in den meisten Fällen kein Lungenbefund zu erheben war, sprechen für eine hohe Zahl an Erstinfektionen unter den Gastarbeitern. Die Heilungserfolge sind in 88 % aller Fälle als sehr gut oder gut, nur in 12 % als schlecht zu bezeichnen. Insofern scheinen die Erfolge von Heilverfahren bei Gastarbeitern bei gleicher Therapie besser zu sein als in der einheimischen Bevölkerung.

Für die freundliche Überlassung des Themas,
für seine Unterstützung und Anregungen danke
ich Herrn Medizinaldirektor Privat-Dozent
Dr. med. H. Blaha recht herzlich.

LITERATURVERZEICHNIS

- | | |
|--|---|
| Arbeitsamt München: | Statistik über die nicht deutschen Arbeitnehmer, die einer Aufenthaltserlaubnis bedürfen, im AA -Bezirk München.
München, Januar 1966 |
| Breu, K.: | Die Tuberkulose ausländischer Arbeitnehmer - aus der Sicht der Tuberkulosefürsorge.
Gaubatz, E.: Lungenzysten und posttuberkulöse Resthöhlen, Tuberkulose der Gastarbeiter, Barytose - Asbestose - Berylliose: 50 - 63,
Stuttgart 1966, Georg Thieme Verlag |
| Bayerisches Staats-
ministerium des Innern: | Ausländerrecht, Ärztliche Untersuchung vor Erteilung der Aufenthaltserlaubnis.
Entschl. des BStMdl vom 17. 10. 1962
Nr. I A 2 - 2084/4 - 33. |
| Bayerisches Statistisches
Landesamt: | Statistische Berichte. Die Tuberkulose in Bayern 1964. Best. Nr. A IV 5 - j/64,
München, 10. August 1965 |
| Bayerisches Statistisches
Landesamt: | Statistische Berichte. Die Tuberkulose in Bayern 1965. Best. Nr. A IV 5 - j/65,
München, 27. September 1966 |
| Brocard, H.: | La tuberculose des travailleurs immigrés en France. Bulletin de l'union internationale contre la tuberculose Vol. XXXVI No. 1:
129 - 133, Paris 1965. |
| Bundesanstalt für Arbeits-
vermittlung und Arbeits-
losenversicherung: | Beschäftigung, Anwerbung, Vermittlung ausländischer Arbeitnehmer.
Erfahrungsbericht 1965, Nürnberg 1966 |
| Bundesanstalt für Arbeits-
vermittlung und Arbeits-
losenversicherung: | Betreuung der ausländischen Arbeitnehmer.
Erfahrungsbericht, Nürnberg, 15. Juli 1965 |
| Gesundheitsamt
Stuttgart: | 9 Tabellen über Untersuchungen der Tuberkulose bei Ausländern, Stuttgart, 1966 |

- Haegi, V.: Epidemiologie und Gestalt der Gastarbeitertuberkulose in der Schweiz.
Gaubatz, E.: Lungenzysten und posttuberkulöse Resthöhlen, Tuberkulose der Gastarbeiter, Barytose - Asbestose - Berylliose: 70 - 76, Stuttgart 1966, Georg Thieme Verlag
- Haegi, V.: Epidemiologische Bedeutung und Gestalt der Tuberkulose beim Gastarbeiter.
Haeffliger, E.: Aktuelles aus Diagnostik und Therapie der Lungenerkrankungen: 31 - 42, Basel 1965, S. Karger Verlag
- Hein, J.: Die Tuberkulose bei Gastarbeitern vom klinischen Standpunkt aus gesehen. Referat.
Ausschüsse (2) Seuchenbekämpfung und Hygiene und (3) Gesundheitsvor- und -fürsorge des Bundesgesundheitsrates, Bad Godesberg, 6. Mai 1966.
- Hiron, P.: Keine Angst vor Infektionen ?
Süddeutsche Zeitung, 2. Februar 1966
- Kaufmann, F.: Ausländische Arbeitskräfte und Tuberkulosebekämpfung. Schweiz. Ärztezeitung 4 : 61 - 62, Bern 1963, Hans Huber Verlag
- Koßmann, E., Breu, K.: Zum Problem der Tuberkulose bei ausländischen Arbeitnehmern. Bundesgesundheitsblatt, 7. Jg., Nr. 20 : 305 - 308, Berlin 1964, Springer Verlag
- Langmann, R.: Die Gastarbeiter-Tuberkulose und Möglichkeiten ihrer Bekämpfung. Referat. Ausschüsse (2) Seuchenbekämpfung und Hygiene und (3) Gesundheitsvor- und -fürsorge des Bundesgesundheitsrates, Bad Godesberg, 6. Mai 1966
- Lauener, P.: Tuberkulose und Gastarbeiter in der Schweiz. Bull. eidg. Gesundheitsamt
Beilage C 2: 1 - 8, Bern 1963
- Müller, R. W.: Der Tuberkuloseablauf im Körper. Grundlagen zur physiologischen Analyse.
Stuttgart 1952, Georg Thieme Verlag

- Neumann, G. : Die Tuberkulose ausländischer Arbeitnehmer. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 90 Jg., Nr. 5: 219 - 221, Stuttgart 1965, Georg Thieme Verlag
- Neumann, G. : Die Tuberkulose der Ausländer in der Bundesrepublik. Hippokrates 37. Jg., Heft 8: 290 - 297, Stuttgart 1966, Hippokrates Verlag
- Neumann, G. : Epidemiologische Gesichtspunkte zur Tuberkulose der Ausländer in der Bundesrepublik. Medizinische Welt: 1870 - 1878, Stuttgart 1964, Schattauer Verlag
- Neumann, G. : Erfordern die bisher vorliegenden Beobachtungen über den Gesundheitszustand der Gastarbeiter und über etwaige von ihnen ausgehende Gesundheitsgefahren eine Erweiterung der geltenden Bestimmungen oder sonstige ergänzende gesundheitsfürsorgliche Maßnahmen ? Referat. Ausschüsse (2) Seuchenbekämpfung und Hygiene und (3) Gesundheitsvor- und -fürsorge des Bundesgesundheitsrates, Bad Godesberg, 6. Mai 1966
- Neumann, G. : La tuberculose chez les immigrants et les travailleurs étrangers dans la République Fédérale Allemande. Bulletin de l'union internationale contre la tuberculose Vol. XXXVI No. 1: 123 - 129, Paris 1965
- Ott, A. : La tuberculose des ouvriers étrangers en Suisse. Bulletin de l'union internationale contre la tuberculose, Vol. XXXVI No. 1: 114 - 123, Paris 1965
- Scholz, J.F. : Der Gastarbeiter in der Bundesrepublik als Patient. Deutsches Ärzteblatt 35 : 2035 - 2041, Köln 1966, Deutscher Ärzte Verlag
- Seidel, H. : Die Tuberkulose ausländischer Arbeitnehmer - aus der Sicht der Heilstätte. Gaubatz, E. : Lungenzysten und posttuberkulöse Resthöhlen, Tuberkulose der Gastarbeiter, Barytose - Asbestose - Berylliose: 63 - 69, Stuttgart 1966, Georg Thieme Verlag

- Springett, V.H. : La tuberculose des immigrants en Grande-Bretagne, Bulletin de l'union internationale contre la tuberculose, Vol. XXXVI No 1: 133 - 138, Paris 1965
- Statistisches Bundesamt Wiesbaden: Bevölkerung und Kultur Reihe 7 Gesundheitswesen II. Erkrankungen an Tuberkulose, 1964, Best.Nr. A 7/II - j. 64, Stuttgart, Kohlhammer Verlag
- Szagunn, I. : Die Tuberkulose ausländischer Arbeitnehmer. Soziale Arbeit 14. Jg., Heft 12: 535 - 539, Berlin 1965
- Wörrlein, B. : Tuberkulose bei Gastarbeitern. Praxis der Pneumologie, Heft 11: 754 - 757, Stuttgart 1964, Georg Thieme Verlag
- World Health Organization: Epidemiological and vital statistics report, Vol. 19, No. 5, Geneva 1966
- World Health Organization: Technical report series No. 290. WHO expert committee on tuberculosis eight report, Geneva 1964

LEBENS LAUF

Am 14. Oktober 1941 wurde ich als Sohn des Oberleutnants Fritz Hinkmann und seiner Ehefrau Gerda, geb. Standop, in Fröndenberg, Kreis Unna, geboren. 1948 trat ich hier in die Volksschule ein. Von 1949 bis 1952 besuchte ich die Volksschule Dahlsen, nachdem mein Vater hier mit der Ausübung seines neuen Berufes als Lehrer begann. Ab 1952 besuchte ich das Märkische Gymnasium in Iserlohn, an dem ich am 31. März 1961 die Reifeprüfung ablegte.

Im Sommersemester 1961 begann ich an der Universität München mit dem Studium der Tiermedizin. Nach dem zweiten Semester wechselte ich zum Medizinstudium über. Am 24. April 1963 legte ich die naturwissenschaftliche Vorprüfung und am 31. Oktober 1964 die ärztliche Vorprüfung ab, und am 18. Dezember 1967 bestand ich das medizinische Staatsexamen.

